

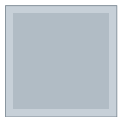
Riverside County Oral Health Program

Programa de Salud Oral del Condado de Riverside

Child's Name _____

Dear Parent or Guardian,

As part of the Riverside County Oral Health Program, and as required by the California Department of Education your child received a dental screening today. The screening does not replace an in-office dental examination by a dentist. The results of the screening indicate that:



Your child has **no obvious** dental problems. Please continue with regular preventive care and examinations with a dentist and your oral health team.



Your child has some teeth which should be evaluated by a dentist. The dental team will determine if treatment is needed. Please schedule an appointment **soon**.



Your child has some teeth which appear to need **urgent care**. Contact a dentist immediately for a complete evaluation

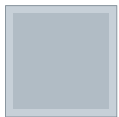
Riverside County Oral Health Program

Programa de Salud Oral del Condado de Riverside

Child's Name _____

Dear Parent or Guardian,

As part of the Riverside County Oral Health Program, and as required by the California Department of Education your child received a dental screening today. The screening does not replace an in-office dental examination by a dentist. The results of the screening indicate that:



Your child has **no obvious** dental problems. Please continue with regular preventive care and examinations with a dentist and your oral health team.



Your child has some teeth which should be evaluated by a dentist. The dental team will determine if treatment is needed. Please schedule an appointment **soon**.



Your child has some teeth which appear to need **urgent care**. Contact a dentist immediately for a complete evaluation

Riverside County Oral Health Program

Programa de Salud Oral del Condado de Riverside

Nombre del niño: _____

Estimado padre o tutor,

Como parte del Programa de Salud Oral del Condado de Riverside, y lo requerido por el Departamento de Educación de California, su hijo recibió un examen dental hoy. El examen no reemplaza un examen dental en el consultorio por un dentista. Los resultados de la examen indican que:



Su hijo **no tiene** problemas dentales obvios. Deben continuar con la atención preventiva regular y los exámenes con un dentista y su equipo de salud bucal.



Su hijo tiene algunos dientes que deben ser evaluados por un dentista. El equipo dental determinará si se necesita tratamiento. Programe una cita **pronto**.



Su hijo tiene algunos dientes que parecen necesitar **atención inmediata**. Póngase en contacto con un dentista inmediatamente para una evaluación completa.

Riverside County Oral Health Program

Programa de Salud Oral del Condado de Riverside

Nombre del niño: _____

Estimado padre o tutor,

Como parte del Programa de Salud Oral del Condado de Riverside, y lo requerido por el Departamento de Educación de California, su hijo recibió un examen dental hoy. El examen no reemplaza un examen dental en el consultorio por un dentista. Los resultados de la examen indican que:



Su hijo **no tiene** problemas dentales obvios. Deben continuar con la atención preventiva regular y los exámenes con un dentista y su equipo de salud bucal.



Su hijo tiene algunos dientes que deben ser evaluados por un dentista. El equipo dental determinará si se necesita tratamiento. Programe una cita **pronto**.



Su hijo tiene algunos dientes que parecen necesitar **atención inmediata**. Póngase en contacto con un dentista inmediatamente para una evaluación completa.